№ 5. Maj 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna.

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Cywilizacja a uzębienie człowieka.

RYS OGÓLNY.

NAPISAŁ

Prof. Fr. Zwierzchowski.

(Petersburg).

(Dokończenie. Zob. № 4 r. b.).

Oprócz wymienionych zasadniczych powodów zmniejszania się trwałości zębów człowieka cywilizowanego, należy mimochodem zwrócić uwagę i na to, że w życiu jego współczynnikiem znacznego zniszczenia zębów przez próchnicę jest powstawanie kwasów w jamie ustnej. Jak wiemy, odgrywają one wielką rolę przy powstawaniu próchnicy zębów; one to rozpuszczają sole nieorganiczne, wskutek czego ząb z narządu twardego, o twardości prawie równającej się krzemowi, przetwarza się w miękki chrząstkowaty. Dopiero po utracie nieorganicznych składowych części ząb staje się materjałem, przydatnym na pożywne środowisko dla drobnoustrojów. Nie należy jednak sądzić, że zjawisko rozpuszczania soli mineralnych zęba następuje drogą wprowadzania do jamy ustnej kwasów z zewnątrz; wprowadzanie ich jako dodatki do pokarmów, lub też w postaci lekarstw pozbawione

jest osobliwie szkodliwego znaczenia. W tej postaci kwasy zatrzymują się w ustach przez czas minimalnie krótki, szybko są połykane, a resztki ich na czysto zmywa ślina, która, jak wiadomo, wskutek działania kwaśnego pokarmu wydziela się odruchowo obficie. Dlatego też mało uzasadnione jest mniemanie co do szkodliwego oddziaływania na zęby substancji leczniczych, którym przypisywano pewne znaczenie w sprawie powstawania próchnicy zębów. Szczególnie niepopularne są pod tym względem preparaty żelaza i rtęci. W rzeczywistości jednak przypisywanie tym związkom szkodliwego wpływu na zęby nie jest oparte na podstawach naukowych. Związki żelaza, według istniejących badań, pod względem chemicznym są zupełnie obojętne dla tkanki zębowej. Jedynie daje się zauważyć ciemne zabarwienie zębów przy dłuższem używaniu tych preparatów w postaci płynów. Według badań Podwysockiego, zabarwienie to zależy od strącania się w jamie ustnej siarczanu żelaza. Przypadki takie, zdaniem autora, zdarzają się najczęściej u osób, które już przedtem cierpiały na próchnicę zębów, przy której wskutek gnicia resztek pokarmów w jamie ustnej tworzy się siarkowodór. Można przypuszczać, że mniemanie, jakoby używanie żelaza jako lekarstwa przyczynia się do próchnienia zębów, powstało wskutek niewłaściwego tłumaczenia zauważonych objawów. Dość przypomnieć, że żelazo zaleca się osobom małokrwistym, słaborozwiniętym, t. j. właśnie tym, które obok ogólnej słabości i charłactwa organizmu, mają zęby same przez się nietrwałe i niezależnie od lekarstw podlegające psuciu. Również nieuzasadnionem jest mniemanie co do szkodliwego wpływu rtęci na zęby. Rtęć, wywołując objawy zatrucia, oddziaływa i na jamę ustną, lecz działanie to uwydatnia się tylko na śluzówce, na tkance zaś zębowej zupełnie zauważyć się nie daje. Dowodzi tego fakt, iż rtęć zawierają powszechnie używane plomby amalgamatowe, a plomby te, znajdując się w zębach dziesiątki lat, nie powodują żadnych złych skutków. Oprócz tych preparatów, mających, że tak powiem, złą opinję, również nie należy przypisywać wielkiego znaczenia kwasom, wogóle wprowadzanym z zewnątrz. Miejsca, w których zaczyna się próchnica, są najlepszym tego dowodem. Jeżeli przypuścimy, że ostatnia występuje jako rezultat rozpuszczania się nieorganicznych części zębów w kwasach, wprowadzanych z zewnątrz, to należałoby oczekiwać przedewszystkiem próchnienia wargowych i policzkowych po-

wierzchni zębów, które powinnoby się rozszerzać na całą ich koronę, gdyż wprowadzany z zewnątrz kwas obmywa całą powierzchnię zęba. W praktyce zaś widzimy, że uprzywilejowanem miejscem rozpoczynania się próchnicy są powierzchnie styczne zębów; następnie idą powierzchnie żujące oraz miejsca szyjowe, w których najłatwiej zatrzymują się resztki pokarmów, od gnicia i fermentacji których powstają owe szkodliwe kwasy. Tylko przy tych warunkach możemy sobie tłumaczyć ogniskowy wygląd spostrzeganych na zębach zmian, zazwyczaj umiejscowionych właśnie w tych punktach, gdzie są najodpowiedniejsze warunki do zatrzymywania się pokarmów.

Jeżeli więc powstawanie próchnicy zawdzięczamy fermentacji resztek pokarmowych, to znowu nabierają znaczenia te dane, które przytoczyłem w sprawie rozmieszczania zębów u człowieka cywilizowanego. Skoro zęby są ciasno ustawione ściśle jeden przy drugim, a miejscami wystają poza łuk zębowy, powstają warunki odpowiednie dla jaknajwiększego zalegania tu i owdzie pokarmów, do ich fermentowania, a w następstwie do próchnicy. Prócz tego, ciasne położenie zębów i nieprawidłowe ich rozmieszczenie stanowią przeszkodę do mechanicznego ich oczyszczania, w celu usunięcia zalegających resztek pokarmów.

Zmieniony wraz z rozwojem kultury skład pożywienia człowieka nie jest również bez wpływu na warunki znaczniejszego wytwarzania się kwasów. Zwyczajny i twardy pokarm, jak wiemy, sam przez się stanowi najlepszy materjał do oczyszczania zębów podczas żucia. Przeciwnie, produkty, z których składa się pokarm człowieka cywilizowanego, są często podatnym materjałem do powstawania kwasów wskutek fermentacji. Pośród tych od dawna mają złą opinję słodycze. I niema wątpliwości, że opinja ta należy im się wedle zasług. Lecz i pod tym względem opinja ogółu nie jest ścisła. Wpływ taki wywierają jedynie te rodzaje słodyczy, które przylepiają się do zębów i zalegają przedziały międzyzębowe. Pozwolę sobie dla przykładu zwrócić uwagę choćby na cukier. Spożywany w stanie czystym, szybko rozpuszcza się w ślinie i zostaje wymywany przez nią z przestrzeni międzyzębowych. Nie zalega on w jamie ustnej, wskutek czego nie fermentuje i nie wytwarza szkodliwych kwasów. Zupełnie inaczej rzecz się ma, jeżeli ten sam cukier spożywamy w postaci cukierków lub konfitur; zawarty w nich jako lepka masa, za-

kleja on wszystkie przedziały międzyzębowe, zagłębienia oraz nierówności zębów i tam fermentując wytwarza produkty, szkodliwie działające na tkankę zębową. Obfita zawartośc w pokarmach klas zamożnych mącznych produktów, a przedewszystkiem słodyczy, nadużywanie różnych przysmaków, wywołujących kwaśny odczyn płynów w jamie ustnej, o w znacznym stopniu sprzyja psuciu się zębów. Lecz zaszedłbym zbyt daleko, gdybym zaczął wyliczać wszystkie drobne warunki życia człowieka cywilizowanego, sprzyjające wytwarzaniu się kwasów w jamie ustnej. Chcąc nakreślić tylko ogólnikowy szkic tych warunków, dający się zmieścić w ramach niniejszej krótkiej pracy, pozwolę sobie podkreślić tylko najważniejsze czynniki, które wprost biją w oczy. Chciałbym zwrócić uwagę na wpływ pracy umysłowej, tego *conditio sine qua non* człowieka cywilizowanego. Należy zwrócić uwagę na ten szczegół, że rozwój stałych zębów ma miejsce w latach młodzieńczych, pomiędzy 7 i 24 rokiem, t. j. w tym okresie, który całkowicie bywa poświęcony wychowaniu oraz kształceniu się, wskutek czego wszelkie szkodliwe fizyczne i psychiczne czynniki w tym okresie, osłabiając cały ustrój, mają szkodliwy wpływ na zęby. Przedwczesna, niekiedy doprowadzona do znużenia praca umysłowa ujemnie wpływa na zęby, wysiłek bowiem umysłowy zużywa znaczną ilość fosforu (Brosson), niezbędnego dla rozwoju i zachowania zębów. Zauważono, że pierwsi uczniowie w klasach zwykle posiadają najgorsze uzębienie (Monin). To samo stwierdzili lekarze Martin i Gallipe u słuchaczy paryskiej szkoły politechnicznej. Przepracowanie umysłowe odbija się na zębach ujemnie bardzo szybko; wpływ ten przejawia się w postaci częstej próchnicy oraz nadmiernej wrażliwości zębiny (William). Bardziej wyraźnie uwydatnia się wpływ ten u wychowańców wyższych zakładów naukowych w Rosji. Tu obok zasadniczych przyczyn należy wziąć pod uwagę i to, że wstępowanie do wyższych zakładów naukowych zazwyczaj bywa połączone ze zmianą miejsca zamieszkiwania oraz warunków życia (niedostatek materjalny) i to w ciężkich warunkach hygienicznych. W tych razach jako przyczynę zwiększonej próchnicy zębów przyjąć należy nie samą tylko pracę umysłową, lecz i ciężkie warunki ekonomiczne, w jakich znajduje się prawie cała młodzież szkolna.

Nie miałbym słuszności, gdybym segregując fakty, stwierdzające wzmaganie się próchnicy zębów człowieka cywilizowanego, pominął

milczeniem prądy naukowe, które dążą do odnalezienia bardziej ogólnych przyczyn tego zjawiska i dowodzą, że stwierdzone pogarszanie się zębów człowieka nie jest wyłącznie właściwością życia kulturalnego. Znany na polu naukowem dentysta Szmigielski mówi: „Badania zębów ludności włościańskiej, w szkołach ludowych oraz w wojsku, którego główny kontyngens stanowi to samo włościaństwo dowodzą, że próchnica zębów nie może być uważana jako przywilej miejskiej ludności kulturalnej. Wypływające z tego stanu rzeczy dążenie do zorganizowania stałej pomocy dentystycznej dla włościan oczywiście wykaznje, jak dalece i tę klasę, która była przez długi czas pod tym względem przedmiotem zazdrości dla mieszczan, opanowała ogólna choroba wieku. Co więcej, dane weterynaryjne, dotyczące próchnicy zębów u zwierząt domowych, i takie fakty, jak zjawianie się specjalnych dentystów przy stajniach rozpłodowych, lub ogłoszenie niedawno przez Warszawskie stowarzyszenie weterynarzy wysokiej nagrody za opracowanie tematu o chorobach zębów u koni — wszystko to znamionuje zanik zębów“. Rozwijając dalej swoje wywody, autor ten dochodzi do wniosku, że postępujące wyczerpanie się z gleby fosforanów, jest jedną z najgłówniejszych przyczyn ogólnego pogarszania się uzębienia ludzkości współczesnej; wskutek zubożenia gleby w związki fosforowe, brak ich w organizmach roślinnych, a zatem nie mogą być w dostatecznej ilości zużyte przez człowieka w postaci produktów spożywczych. Wspominam tylko tu pobieżnie o tej teorji, gdyż do rozwinięcia jej niezbędne są dalsze badania.

Mówiąc o zębach człowieka cywilizowanego, muszę zwrócić uwagę jeszcze na jedną sprawę. Zębom zagraża niebezpieczeństwo nietylko ze strony napastujących je chorób. Niezależnie od tych ostatnich, musimy liczyć się również z faktem redukcji zębów—z faktami ich degeneracji , zaniku. Zdaniem uczonych, zgodnie z danymi anatomji porównawczej, człowiek postradał już 3 zęby, jeden z grupy siekaczy i dwa z grupy dwuguzkowców. Zanik ten odnosi się, według istniejących przypuszczeń, do epoki nadzwyczaj oddalonej, obliczanej na tysiącolecia. Czy przypuszczenie to jest właściwe, orzec trudno. Dla rozstrzygnięcia tego pytania nie mamy żadnych danych faktycznych, jeżeli nie brać pod uwagę przypadków formowania się u człowieka zębów nadliczbowych, wyrzynających się zazwyczaj w grupie

siekaczy lub dwuguzkowców. Jedno nie ulega wątpliwości, że człowiek współczesny posiada zęby, jakoby przeznaczone do zaniku. Za taki ząb przedewszystkiem uznać należy ząb mądrości. Do tego wniosku zgodnie dochodzą wszyscy badacze. Wyraźnemi oznakami zaniku zębów mądrości są: znaczna zmiana ich kształtu i wielkości, bardzo wadliwa budowa tkanki kostnej, skłonność do psucia się i wreszcie fakt, że u wielu osób ząb mądrości wcale się nie wyrzyna. W ślad za zębem mądrości idzie górny boczny siekacz. Tego również niekiedy brak zupełnie u człowieka. Prócz tego, najnowsze badania Arkövy'ego, prowadzone nad czaszkami nagromadzonemi w muzeach antropologicznych, dowodzą, że zmiany anatomiczne tego zęba u człowieka cywilizowanego w porównaniu z budową jego w odległej epoce, mają taki sam charakter, jak zmiany w zębie mądrości; stąd można wnosić, że i ten ząb ma się ku zanikowi. Wreszcie też same studja, dotyczące objawów, towarzyszących redukcji zębów, doprowadziły Arkövy'ego do wniosku, że pierwszy trzonowiec dolnej szczęki czeka ten sam los, co i dwa wyżej wymienione. A zatem, oprócz faktów wzmagającego się patologicznego zniszczenia zębów u człowieka cywilizowanego, zmuszeni jesteśmy liczyć się i z faktem redukcji zębów. Cóż to oznacza? Czy natura ma zamiar w przyszłości człowieka uczynić bezzębnym; czy zauważona ewolucja jest objawem doskonalenia się organizmu ludzkiego, przystosowywania się jego do nowych warunków, zaś zanik zębów człowieka czy jest zwykłym zanikiem organu niepotrzebnego nadal organizmowi? Nie, to nieprawda. Zaznaczone fakty nie są objawami doskonalenia się organizmu, jest to taka sama bolączka cywilizacji, jak naprzykład krótkowzroczność i t. p. W samej rzeczy, ażali wszystkie funkcje zębów stały się nic nieznaczącemi dla człowieka? Jeżeli zwrócimy się do jego pierwotnego stanu, kiedy zęby stanowiły dlań narzędzie obrony, to, ma się rozumieć, odpowiemy z uśmiechem, że ta funkcja zębów ustała. Gorzkie przeżyte doświadczenie dowodzi, jak udoskonalone są współczesne narzędzia, przeznaczone na ten cel. Częstują one wroga nie stosunkowo niewinnemi ukąszeniami, zadanemi w pojedynczej walce; pogromowi towarzyszy grzmot i piorun; od ich uderzeń giną setki, tysiące, dziesiątki tysięcy istnień.

Ale za to inne funkcje zębów niezbędne są tak samo dla współczesnego człowieka, jak były niezbędne dla jego odległych przodków.

Życie jest niemożliwe bez wyrównania strat w organizmie, bez jego odżywiania. Człowiek nigdy nie dojdzie do wizerunku, stworzonego przez fantazję Wellace'a w jego książce „Walka światów“, do tego gatunku żyjącego stworzenia, które przedstawia jego mieszkaniec Marsa, do tego jakiegoś kłębka nerwowej tkanki wyrównywającego swoje straty za pomocą bezpośredniego wstrzykiwania w żyły krwi z innego stworzenia. Dopóki człowiek żyć będzie na ziemi, niezbędnym dlań będzie pokarm i koniecznem przerabianie go przez narządy trawienia, a miażdżenie za pomocą zębów. Zresztą, nie do żucia tylko wszak zęby nam służą. Prawidłowe wygłaszanie dźwięków składanej mowy możliwe jest tylko przy komplecie zębów. Ich choroby, ich zanik zagrażają doskonałości tego najwyższego daru człowieka cywilizowanego. Nie mówię już o tej stracie, jaka wynikłaby z zaniku zębów dla poetów, a pozbawiła ich jednego z wdzięcznych tematów przy określaniu piękności człowieka, a mianowicie tych „białych, lśniących, cudnych perełek“.

Zatem pogarszanie się uzębienia człowieka cywilizowanego jest złem, tem większem złem, że dotyka 80% ludzi. Do walki z tem złem stanąć winny poważne i silne drużyny. Tymczasem walka z niem u nas miewała dość posępne chwile. Leczenie zębów przez czas bardzo długi znajdowało się w rękach osób zupełnie nieodpowiednich. W Cesarstwie np. z początku leczenie zębów opanowali przybysze cudzoziemcy, analfabeci, szarlatani, w najlepszym zaś razie cyrulicy. W zastępstwie ich w zeszłem stuleciu zjawili się dentyści z pośród osób bez żadnego wykształcenia, jedynie z rzemieślniczą praktyką specjalności. Ale i ta ciężka zmora minęła. Dentystyka zaczęła się coraz bardziej rozwijać, wymagając do wystudjowania jej znacznego przygotowania i ogólnego medycznego wykształcenia. Powstały specjalne uczelnie — szkoły dentystyczne, dyplomujące nowych specjalistów, lekarzy-dentystów, których, jak musimy przyznać, pole działalności jest szerokie...

Dział sprawozdawczy.

24). Dr. Hecht H. (Berlin). **Przyczynek do sprawy profilaktyki próchnicy zębowej.** (Journal für Zahnheilkunde u. Zahntechnik 5 r. z.)

Teorja powstawania próchnicy, wyświetlona dzięki badaniom Miller'a, wykazała, że powinniśmy walczyć z nią drogą zachowawczego zębolecznictwa również zapobiegawczą. Systematyczne jednak leczenie zębów w połączeniu ze środkami zapobiegawczymi nie jest w możności wstrzymać dalszy rozwój próchnicy. Spostrzegamy u pewnych osób coraz nową próchnicę bez względu na wszelkie przedsiębrane środki, u innych zaś przy zupełnem ignorowaniu najprymitywniejszej nawet hygieny widzimy zęby piękne.

M. Michaëls (Paryż) pierwszy dał objaśnienie tego zjawiska, jawnie sprzecznego z ogólnie przyjętą teorją próchnicy. W badaniach swoich starał się on przeprowadzić ideę bio-chemicznego stosunku między organami istoty żyjącej; cierpienie jednego jakiegoś organu pociąga za sobą choćby tylko w stopniu nieznacznym cierpienie organów innych.

Drogą szczegółowych badań przy pomocy mikroskopu, aparatu polaryzacyjnego, kalorymetru, spektroskopu i chemicznych reakcji, udało mu się wykazać, że wszystkie choroby przemiany materji wpływają na skład śliny, przyczem pewne patologiczne produkty, zwłaszcza żółci, dostają się do śliny, gdy tymczasem inne normalne elementy śliny znikają, mikrochemiczna więc analiza śliny przy wielu cierpieniach jest tak ważną, jak takież zbadanie moczu przy rozpoznaniu pewnej choroby.

Wyniki badań Michaëls'a poddane zostały badaniom w klinikach paryskich. Autor ten rozróżnia 3 rodzaje śliny:

1. ślina człowieka zdrowego,
2. człowieka, cierpiącego na niedokwaśność i
3. człowieka, cierpiącego na nadkwaśność.

Niedokwaśność Michaëls pojmuje jako taki stan chorobliwy, podczas którego wszystkie bio-chemiczne procesy odbywają się w tempie, szybszym, kiedy sprawy utleniania i hydracji powiększają się, a kwaśność organów spada niżej normy przy zwiększonym wydzielaniu się soli chlorkowych. *Nadkwaśność*, podług tego autora, jest to taki stan chorobliwy, podczas którego wszystkie procesy bio-chemiczne odbywają się w tempie powolniejszym, kiedy procesy utleniania są niedostateczne, a produkty niecałkowitej przemiany pozostają w organizmie przy zwiększonej kwaśności organów; krew mocz i ślina posiadają reakcję kwaśną.

Tak, naprzykład, przy stanach tuberkulicznym i skrofulicznym Michaëls konstatował *niedokwaśność.* Do chorób zaś z *nadkwaśnością* organów zaliczał on cierpienia wątroby, podagrę, reumatyzm, sklerozę, cukrzycę i pewne formy białkomoczu.

W ślinie *niedokwaśnej* znajdujemy więcej niż w normalnej: glikogenu, białka, mucyny, związków chlorkowych i amoniaku. mniej zaś, aniżeli w normalnej: potasu rodanowego i soli żółciowych Ślina taka posiada reakcję alkaliczną, wskutek czego staje się doskonałym środowiskiem dla drobnoustrojów, co znów sprzyja rozwojowi próchnicy.

W ślinie *nadkwaśnej* mamy więcej, niż w normalnej, potasu rodanowego i kwaśnych organicznych i nieorganicznych soli, również kwaśne fosforany wapnia i sole kwasu szczawikowego, barwniki żółci i urobilinę.

Przy powstawaniu próchnicy najgłówniejszą rolę odgrywa ilościowy stosunek znajdującego się w ślinie amoniaku i kwasu rodanowodorowego. Zawartość amoniaku w niedokwaśnej ślinie stale przewyższa zawartość kwasu rodano-wodorowego. Przy znacznej nadwyżce amoniaku Michaëls stale konstatował szybszy rozpad zębów, przy nadwyżce średniej—umiarkowany rozwój próchnicy, przy nadwyżce nieznacznej—brak lub zaledwie początki próchnienia. W ślinie nadkwaśnej mamy stałą nadwyżkę kwasu rodano-wodorowego nad amoniakiem; próchnicy niema. U ludzi zdrowych zawartość kwasu rodanowodorowego równa się zawartości amoniaku. I w tym przypadku niema próchnicy. Obecność soli rodanowych zapobiega temu.

Z praktyki znamy przypadki uskarżania się pacjentów na ujemny wpływ na zęby zmiany miejsca, klimatu i warunków życia. Teorja Michaëls'a tłumaczy nam to, wykazując związek między nimi a zmianami, jakie zaszły w przemianie materji. Tutaj przytoczyć możemy jako przykład szybki rozpad zębów podczas ciąży.

Low i Beach, zbadawszy na zlecenie komitetu naukowego Towarzystwa Odontologicznego w stanie New-Jork około 300 pacjentów, wykazali, iż pacjenci ze zdrowymi zębami stale mają w ślinie pewną ilość potasu rodanowego; pacjenci zaś z zębami zepsutymi albo wcale potasu rodanowego nie posiadają, lub posiadają go w ilości minimalnej.

Już w ciągu 15—30 minut po przyjęciu na wewnątrz przez ta-

kich pacjentów pastylek potasu rodanowego w dawce 0,5 *pro die* w ślinie skonstatowano obecność potasu rodanowego, a po 14 dniach regularnego przyjmowania na wewnątrz zauważono polepszenie. Kiedy z biegiem czasu zauważono znów niedostateczną ilość potasu rodanowego, przyjmowanie jego na wewnątrz wznawiano. Trzyletnie badania d-ra Beach'a nad przeszło 300 pacjentami doprowadziły w rezultacie do wyniku, że potas rodanowy w rzeczywistości przerywa dalszy rozwój próchnicy i zmniejsza wrażliwość zębów.

Podczas wygłoszenia referatu dr. Low'a (w New-Jorku w r. 1906) o rezultatach leczenia potasem rodanowym w ciągu 2 lat więcej, niż 100 pacjentów, prof. Kirk potwierdził, że badania jego, dotyczące mnóstwa pocjentów co do zawartości potasu rodanowego w ślinie, wykazały przerwę w rozwoju procesu próchnicowego w przypadkach znacznej ilości potasu rodanowego w ślinie. Dr. Muntz, który dokonywał badań wraz z Low'em i Beach'em, zaznaczył, że nawet w ciągu 17 tygodni po przyjmowaniu na wewnątrz pastylek potasu rodanowego udawało mu się stwierdzić obecność w ślinie potasu rodanowego u takich pacjentów, u których go nie było przedtem, i że u kobiet ciężarnych z powiększoną wrażliwością zębów po przyjęciu potasu rodanowego wrażliwość ta zmniejszała się w znacznym stopniu. Potas rodanowy posiada własność rozcieńczania; doktór Muntz wyraził więc przypuszczenie, iż on rozcieńcza nagromadzony śluz, będący ogniskiem dla rozwoju mikrobów i że wskutek tej swojej właściwości sprzyja łatwiejszemu wypłukiwaniu drobnoustrojów. Badania jego własnej śliny wykazały, że rano zawartość w niej potasu rodanowego jest większa, niż wieczorem.

Smith (Boston) przypisywał działalność potasu rodanowego jego własności przeciwgnilnej, tembardziej że działalność ta nie jest czasową, jak innych środków antyseptycznych, lecz ciągłą, wskutek stałego wydzielania się w ślinie.

Podług badań Edwerg'a (Frankfurt n. M) związki rodanowe wykazują wpływ na drobnoustroje cholery, dyfteryt i łańcuszkowce, stwierdzając tym sposobem zdanie Ziegler'a, że obecność potasu rodanowego nadaje ślinie własność przeciwgnilną.

Pośród uczonych niemieckich działaniem potasu rodanowego w ślinie zajmował się szczególnie profesor Michel w Würzburgu. W r. 1901 zbadał on ślinę 236 pacjentów i wykazał przytem, że ze

zmniejszaniem się procentowem równolegle próchnicy zauważyć się dawało zwiększanie się ilości rodano-wodoru w ślinie. Badania jego, dokonane w r. 1902 nad 604 pacjentami, potwierdziły w zupełności powyższy wynik.

Prócz tego udało mu się wykazać zarówno jak i innym badaczom, że wydzielanie się potasu rodanowego w ślinie zwiększa się w miarę przyjmowania go na wewnątrz, przytem to wydzielanie utrzymuje się w ciągu pewnego czasu po zakończeniu przyjmowania. Profesor Michel wspólnie z d-rem Gürber'em zbadali bakterjobójczość 1% roztworu potasu rodanowego dla celów płukania jamy ustnej w porównaniu z „Odolem", „Irisolem", „Odontem" i „Kosminem". Wyniki tych badań wykazały wyższość potasu rodanowego, jako środka powstrzymującego rozwój bakterji. Podobne rezultaty dały bardziej rozcieńczone roztwory potasu rodanowego, mianowicie 0,1%, jak to wykazały badania d-ra Aufrecht'a, który skonstatował, iż dłuższe działanie słabych roczczynów potasu rodanowego wstrzymuje rozwój bakterji bardziej, niż działanie krótkotrwałe mocnych roztworów.

Curt Oppenheim w badaniach swoich doszedł do przekonania, że ani ½%, ani 1% i 2% roczczyny potasu rodanowego nie posiadają wpływu wyjaławiającego na kultury fermentujących grzybków na syropie owocowym.

Powstawanie próchnicy zębów, podług Miller'a, opiera się przeważnie na tem, iż resztki pokarmów, zwłaszcza węglowodany, pod wpływem grzybków fermentujących, głównie zaś *bacillus acidi lactici*, podlegają rozkładowi. Tworzy się przytem kwas mleczny, który na miejscu dłuższego przebywania węglowodanów pozbawia ząb wapna.

Jedna z fabryk farmaceutycznych wypuściła w świat mieszaninę słodu, fermentu słodowego i potasu rodanowego, czyli tak zwany „Cariesan" dla celów zapobiegania próchnicy. Słód i ferment słodowy w tej mieszaninie miały rozpuszczać węglowodany i w ten sposób przeszkadzać ich nagromadzaniu się, a co zatem idzie także powstawaniu kwasu mlecznego, pozbawiającego ząb wapna, potas zaś rodanowy powinien był niszczyć rozwój różnych bakterji, sprowadzających rozpad pozbawionej wapna tkanki w drugim okresie procesu próchnicowego.

Preparat na 100 pastylek zawierał 10 gm. sproszkowanego słodu, 5 gm. fermentu słodowego i 0,8 gm. potasu rodanowego. Autor

osobiście stosował ten środek w 10 przypadkach, w dwóch—u kobiet ciężarnych z nadzwyczajną wrażliwością zębów. Analiza śliny na potas rodanowy wykazała brak tego ostatniego. Reakcja jamy ustnej po jej dokładnem czyszczeniu okazała się alkaliczną. Leczenie zębów tych pacjentek przerwano na 14 dni; w ciągu tego czasu przyjmowały one codziennie po 4 pastylki. Wyniki potwierdziły w zupełności twierdzenie d-rów Low'a, Beach'a i Muntz'a; mianowicie wrażliwość szyjek zębowych i zębiny próchnicowej w ciągu tych 14 dni znacznie zmniejszyła się, analiza zaś śliny wykazała obecność znacznej ilości potasu rodanowego. To działanie potasu rodanowego, sprawiające zmniejszanie się wrażliwości zębów, autor tłumaczy w ten sposób, iż, wydzielając powoli się wraz ze śliną, łączy się on z rozmiękczonemi tkankami, tworząc chemiczne związki—fosfaty wapnia rodanowego, potasu i amoniaku. Resztę przypadków stanowili chłopcy i dziewczęta w liczbie 8 w okresie rozwoju pomiędzy 14—22 latami, przypadki nieuchronnej recydywy procesu próchnicowego bez względu na wszelkie środki zapobiegawcze. Po 4 miesiącach autor znów zbadał tych pacjentów, nie stwierdził jednak u nich recedywy. Bez względu na to, że od czasu 14-dniowego przyjmowania na wewnątrz po 4 pastylki minęło już przeszło 4 miesiące, analiza śliny wykazała obecność w jamie ustnej dostatecznej ilości potasu rodanowego.

Określenie reakcji alkalicznej dokonywa się za pomocą papierka lakmusowego, wykazanie zaś zawartości potasu rodanowego uskutecznia się w sposób następujący:

Do menzurki wlewa się 2 ccm. śliny i tyleż wody destylowanej; do tego dodaje 5 kropel *sol. ferri sesquichlorati*. Jeśli płyn ma kolor ciemno-czerwony, zawartość potasu rodanowego była dostateczna. Na brak potasu rodanowego wskazuje zabarwienie płynu na kolor bursztynowo-ciemny. Podług wahań w zabarwieniu płynu sądzić można w przybliżeniu o zawartości potasu rodanowego. W ostatnich czasach autor badał preparat ten w uporczywym przypadku *stomacacae* i wyniki otrzymał doskonałe, stosując go dla udogodnienia leczenia miejscowego.

Preparat ten zalecać można w następujących przypadkach:

1) przy powtarzaniu się próchnicy, pomimo najbardziej pilnego pielęgnowania zębów i jamy ustnej;

2) u pacjentów ze szybkim rozkładem kilku zębów;

3) kobietom ciężarnym, jako środek zapobiegający powstawaniu próchnicy, a także dla zmniejszenia wrażliwości zębów;

4) dla zapobiegania wrażliwości przy plombowaniu zębów z żywemi miazgami;

5) jako środek zapobiegawczy w biednej praktyce;

6) w klinikach szkolnych w celu identycznym i

7) dla podtrzymywania miejscowego leczenia przy *stomacacae.*

L. Chmieleński.

25) Arnone L. Martwica fosforowa. (Dental Cosmos 4. r. z.).

W końcu roku 1834 Niemcy obchodziły wielki fakt—wynalazek zapałek fosforowych. Wynalazek ten był to wielki krok naprzód w dziedzinie chemji, która wówczas znajdowała się na słabym stopniu rozwoju.

W kilka lat później, w roku 1845, Lorinzer zapoznał świat lekarski z nową chorobą, spostrzeganą przez niego pośród pracujących w fabrykach zapałek robotników, głównie tych, którzy mieli do czynienia z fosforem po kilka godzin dziennie.

Prawie jednocześnie Strohl (Strassburg), Dietz (Norymberga) i Blumhes (Stuttgard) poczynili takież same spostrzeżenia.

Później nieco Roussel i Sedillot (Francja) zakomunikowal i wyniki swoich spostrzeżeń nad tą chorobą na różnych zjazdach i zebraniach naukowych. We Francji martwica fosforowa była przedmiotem badań wielu innych uczonych: Frélas'a, Verneuil'a Jagu, Magitôt'a i in. Autorzy nie zgadzają się co do ustalenia czasu, jaki przechodzi od przystąpienia do zajęć z fosforem a pierwszymi przejawami *osteitis.*

Przeciętnie robotnik zaczyna chorować, mniej więcej, po pięciu latach; lecz przytaczane są również przypadki, gdy objawy choroby zjawiały się po pięciu miesiącach od rozpoczęcia zajęć z fosforem. Z drugiej strony — są i takie spostrzeżenia, gdzie przechodziło i 18 lat, nim choroba się ukazała.

Obserwując takie przypadki w kilku fabrykach, autor przekonał się, że dla rozwoju choroby wystarcza półtora roku. Zauważono, że młodzież okazuje więcej skłonności do niej, niż ludzie starsi, i że kobiety chorują częściej, niż mężczyźni, głównie zaś kobiety ciężarne. Dla dentystów interesującym jest zauważony przez wielu fakt, iż posiadanie zdrowych zębów oraz staranne ich

utrzymywanie stanowią pewien rodzaj odporności; służy to dla robotnika bronią w walce z zatruciem fosforowem. Próchnica, która doszła już do trzeciego stopnia lub przeszła wszystkie okresy, przedstawia niebezpieczne źródło, sprzyjające chorobie. Dzięki pracom Riedel'a wiemy, iż i inne kości, głównie kości kończyn, podlegają tej formie martwicy, lecz przypadki te należą do wyjątkowych, a przebieg jej przybiera inną formę, gdyż kości przy tem miękną, jak przy *osteitis*, podczas, gdy w tkance kostnej w obrębie ust ropienie przyjmuje charakter złośliwy. Niektórzy autorzy uważają, iż zatrucie fosforowe pochodzi wyjątkowo od działania białego fosforu; autor przypuszcza, iż biały fosfor jest bardziej trujący, niż czerwony lub amorfny. Ostatni można otrzymać, jeżeli biały fosfor poddawać zwyczajnemu działaniu promieni słonecznych lub nagrzewać w jakimkolwiek obojętnym gazie do temperatury od 235° do 250° C.; ciężar gatunkowy przy t° 10 C. = 2, 16, podczas gdy tenże białego fosforu = 1, 8 3. Jeżeli jednak czerwony fosfor nagrzewać do 280° C, to znowu zamienia się w zwykły biały.

Cierpienie, które wskazuje na zatrucie fosforem, stanowi *osteoperiostitis*, prowadzące do obumarcia kości i umiejscawiające się w kościach szczękowych, głównie zaś dolnej szczęki.

W celu wytłumaczenia przyczyny takiego umiejscawiania się, wypowiedziano kilka przypuszczeń i przytoczono różne teorje. Wszystkie podzielić można na dwie grupy. Jedni autorzy przypuszczają zwykłe działanie pary fosforowej na dziąsła i kości szczękowe. Inni twierdzą, że fosfor zatruwa cały organizm, lecz zatrucie to przejawia się w jednej określonej części systemu kostnego.

Główki zapałek zawierają około 10% białego fosforu, który będąc rozpuszczony przy umiarkowanej temperaturze, wytwarza parę, która w zetknięciu z tlenem powietrza zamienia się w kwas fosforowy. Para ta, drażniąc śluzówkę ust i rozpuszczając się w ślinie, wywołuje z początku *gingivitis*, a później *periostitis* i *osteiitis* (Desprès przypuszcza, iż miejscowe działanie na śluzówkę i kości zależy od wydzielania się fosforu drogą śliny, jak to zauważono w stosunku do innych ciał).

Zwolennicy teorji ogólnego zatrucia, którzy uważają nekrozę szczękową za zjawisko wtórne, twierdzą, że cały organizm, przepojony fosforem, przechodzi pewne zmiany; opierają oni swój pogląd

na spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach laboratoryjnych. Wegner i Kanovitz u pewnego robotnika, a następnie i na zatrutych zwierzętach stwierdzili, iż okostna połączona jest z kością nie tak ściśle, jak normalna, i że w powierzchownych warstwach kości można zauważyć rozrzedzenie i inne niezawodne oznaki zmienionej żywotności lub nienormalnej czynności. Autor nie odrzuca ani tej ani drugiej teorji, gdyż ogólna infekcja istnieje zawsze przy nekrozie fosforowej, a w literaturze znane są przypadki zasłabnięcia ludzi, którzy nigdy nie podlegali działaniu pary fosforowej. Hutchinson opisuje fosforową nekrozę u kobiety, która w przeciągu 3 dni połknęła 3 miligramy fosforu. Spostrzeżenia codzienne oraz doświadczenia wskazują, że fosforowa para rozpuszcza się zawsze w ślinie, która, podkwaszona takim sposobem, rozpuszcza zębinę oraz kostniwo, ułatwiając powstawanie próchnicy.

Najczęściej podlegają chorobie ci robotnicy, którzy zajęci są przygotowywaniem masy zapałkowej. Fosforowej nekrozie podlega zwykle dolna szczęka, chociaż często zaatakowane zostają obie szczęki jednocześnie. Z brzegu zębodołowego rozchodzi się ona na grubą część kości, tworząc kanały przetokowe i znaczne zniszczenia. Anatomicznie choroba rozprzestrzenia się, jak każda nekroza kości.

1-y okres. Periostitis z proliferacją w przylegających warstwach kości i stopniowe rozrzedzenie tej kości oraz utworzenie się pustych miejsc w powierzchownych jej warstwach.

2-i okres. Jako wynik periostitu — rozrzedzenie tkanki kostnej i rozszerzenie kanalików Hawers'a, proliferacja w szpiku kostnym i jednocześnie zropienie naczyń krwionośnych, odżywiających kość; następnie obumieranie uczątska, odżywianego przez te naczynia; tworzy się martwak. Częściowo, dzięki obecności tego martwego uczątsku, a częściowo wskutek łatwości z jaką drobnoustroje ropotwórcze przenikają przez śluzówkę, następuje tworzenie się ropy.

3-i okres. Łatwo zrozumieć, jak powinna reagować okostna na obecność w szczęce martwaka, otoczonego ropą; w częściach, gdzie osteogenetyczna warstwa okostnej nie jest zniszczona, znajdujemy osteoblasty w większej lub mniejszej ilości. Jest to okres odradzania się kości; 3-*i* okres jest to ten, który prowadzić może do wyzdrowienia.

Przebieg kliniczny oraz symptomaty choroby mają duże znaczenie z dentystycznego punktu widzenia, gdyż pierwsze objawy zajęcia

kości wyrażają się w formie silnego bólu zębów, który koncentruje się w miejscu zepsutych zębów lub korzeni, lub nawet w zdrowych, jeżeli na nekrozę fosforową zapadają ludzie ze zdrowymi zębami, co jednak zdarza się rzadko. Ból ten w pierwsze dni przechodzi, później staje się stałym i dochodzi do takiego natężenia, że chory zmuszony jest zwrócić się po poradę do dentysty. Jeżeli ten nie rozpozna prawdziwej przyczyny choroby lub, gdy przy rozpoznaniu ustąpi prośbie pacjenta i wyjmie bolący ząb lub korzeń, przyczyni tem choremu szkodę i nie zmniejszy jego bólu, który się kryje w okostnej i ozębnej. Prócz tego ekstrakcja tworzy krwawiącą ranę, przez którą zwykle drobnoustroje ropotwórcze przenikają z ust w chorą kość, obostrzając przebieg zapalenia tkanki kostnej.

Jeżeli przy samym początku choroby robotnika oddalić z fabryki i poddać miejscowemu oraz ogólnemu leczeniu, chorobę można zatrzymać, w najgorszym przypadku pacjent straci kilka zębów, już zanadto rozchwianych, ażeby je można było utrzymać. Jeżeli zaś chory nie będzie się leczył lub co gorsza — podda się operacji, to nieuniknione jest, iż nastąpi drugi lub trzeci okres nekrotyczny z poddziąsłowem ropieniem, przesączeniem się ropy wzdłuż brzegu zębodołowego, zaczerwienieniem i opuchnięciem dziąseł, rozpulchnieniem i odwarstwianiem się miękkich tkanek, zjawianiem się przetok i tworzeniem się martwaków. Ostatnie, stanowiące najważniejszy objaw przy zatruciu fosforowem, mogą być tak znaczne, że oddzielają całą połowę szczęki. Oddzielanie to drogą naturalną następuje bardzo wolno i trudno i może bardzo zeszpecić powierzchowność, gdyż takie tworzenie się kości osteogenetycznym periostalnym sposobem, które mogłoby całkowicie wypełnić utraconą tkankę, należy do zjawisk rzadkich. Rozumie się, że zęby z martwej kości wypadają. W okresie ropienia i w przeciągu całego procesu obumierania ropa, sącząca się z przetok i zębodołów, do pewnego stopnia połyka się, szkodzi trawieniu i całemu organizmowi, głównie, jeżeli chory zostaje nadal w warunkach, które wywołały chorobę, t. j. oddycha parą fosforową.

Lekarz powinien nalegać, ażeby chory zmienił pracę. Pomoc chirurgiczna, potrzebna tylko po utworzeniu się ropnia lub martwaka, i w tym przypadku powinna być prędką i stanowczą. Jeżeli zajęte są nerki, naznacza się lekką dyjetę, t. j. mleko z wodą wapienną. Jeżeli mocz normalny — roślinna dyjeta (gotowane jarzyny). Niektórzy

lekarze zalecają *kali jodatum*, lecz po badaniach Lalun'a uważamy, że takie leczenie do zatrucia fosforowego dołącza jodowe. Daleko lepiej stosować leczenie powietrzem nad brzegiem morza, które daje wyniki zadawalniające.

Przypadek autora zasługuje na uwagę. Pacjentka, lat 24, pracowała w fabryce zapałek w przeciągu kilku lat. Pracowała dalej, nie zważając na zapalenie obu szczęk, które ujawniło się dwa miesiące przed zgłoszeniem się. Gdy autor widział ją po raz pierwszy (w kwietniu), stan jej był o tyle poważny, że zmuszona była udać się do szpitala, gdzie określono jej chorobę jako nekrozę fosforową. Pacjentka siedziała prawie nieruchomo; widać było, iż cierpiała. Zapadnięte oczy były zamglone; oddech smrodliwy; z ust prawie bezustannie wypływała ropa; sączyła się ona i z nozdrzy, przechodziła przez kości podniebienne po linji środkowej. Głos był zachrypnięty; chora nie mogła wymawiać wyrazów; narzekała na tępe bóle głowy, w krzyżu i lewym boku. Ślina miała odczyn kwaśny; łzy również; oddech o kwaśnym zapachu wywoływał mdłości. Chora była bardzo przygnębiona. Wkrótce po rozpoczęciu leczenia stan chorej się poprawił. W okresie ostrym stosowano częste obmywania dwuwęglanem sodu i kwasem bornym. Zmartwiałe miejsca od czasu do czasu smarowano 5% rozczynem chromianu potasu; pacjentkę trzymauo cały dzień w ogrodzie szpitalnym. W lipcu była już w możności wyjechać nad morze, gdzie z każdym dniem można było zauważyć polepszenie. We wrześniu wróciła zupełnie do zdrowia. Po upływie 1$^1/_2$ roku zrobiono dostawkę, która znacznie poprawiła jej powierzchowność. Jeszcze po roku osiągnięto lepsze wyniki za pomocą nowej dostawki. Pacjentka mogła znów zająć się pracą nie w fabryce zapałek, a u siebie w domu. W rezultacie okazał się zupełny zanik kości w miejscu siekaczy i górnego wyrostka zębodołowego z prawej i lewej strony. Po prawej stronie obumarło dno zatoki Highmor'a, a czasem przy piciu płyn wylewał się przez nozdrza, głównie, jeżeli płytka źle przylegała wskutek czasowego przypływu krwi do miękkich tkanek. Na prośbę właściciela fabryki zapałek autor z innymi lekarzami obejrzeli fabrykę i urządzoną w niej wentylację. Dali oni robotnikom niektóre wskazówki co do obchodzenia się z fosforem i używania dwuwęglanu sodu w celu uprzedzenia choroby. Od owego czasu, w przeciągu dziewięciu lat, nie było w fabryce ani jednego przypadku choroby,

podczas gdy przedtem w przeciągu roku były dwa już wypadki, a z nich jeden bardzo poważny. Później w innych miejscach autor miał możność widzieć jeszcze cztery lub pięć mniej poważnych przypadków nekrozy fosforowej, lecz, zauważone w pierwszym okresie, łatwo ustępowały pod wpływem leczenia hygienicznego. *Z. Mar.*

26). Dr. Szternberg (Petersburg). **Gruźlica jamy ustnej i odporność tkanek.** (Nowoje w medycynie 14 r. u.).

Wiadomo, że gruźlica nie „lubi" ograniczać się do atakowania jednego tylko narządu. Gdy ma się do czynienia np. z gruźlicą jednego jakiegoś narządu, lub kości, szuka się zawsze odpowiedniego cierpienia i w innych narządach—w płucach, gruczołach, a i najczęściej wcześniej lub później je się odnajduje. Wobec tej skłonności gruźlicy do przerzucania się nieraz na znacznie oddalone narządy, dziwnem wydawać się może, że istnieją narządy, postawione w warunkach najbardziej podatnych do zakażenia, które jednak nader rzadko bywają atakowane przez tę chorobę.

U chorych na gruźlicę płucną śluzówka oskrzeli, tchawicy, krtani, gardła, jamy ustnej, ma ciągłą styczność z wydzielinami gruźliczemi; wiadomo, że wielu chorych odchrząkiwa na dobę 100 — 200 grm. i więcej wydzielin, obfitujących w laseczniki Koch'a. Z tym obfitym materjałem zakaźnym codziennie styka się cała śluzówka przewodów oddechowych i jamy ustnej. Niezależnie od tego, jakiego poglądu trzymać się będziemy co do dróg, przez które gruźlica rozprzestrzenia się, czy będziemy uważali, że rozchodzi się ona przez naczynia krwionośne, czy też limfatyczne, zawsze zaprzeczyć się nie da, że bezpośrednie zetknięcie się materjału zakaźnego z tkanką może ją zarazić. Fakt ten bez najmniejszej wątpliwości stwierdzono doświadczalnie na zwierzętach; potwierdza go również praktyka w stosunku do ludzi. Można byłoby zatem przypuszczać, że tkanki, mające ciągłą styczność z wydzielinami gruźliczemi, powinny przeważnie podlegać zakażeniu tą chorobą. W rzeczywistości widzimy co innego; prawda, że gruźlica krtani często komplikuje gruźlicę płuc, lecz oskrzela i tchawica zapadają na gruźlicę stosunkowo rzadko, a jeszcze rzadsze są przypadki gruźlicy śluzówki jamy ustnej lub gardła. Rozumie się, że nie u wszystkich suchotników oglądamy jamę ustną; czyni się to tylko w razie uskarżania się chorego na uczucie bólu; dlatego też można przypuszczać, że gruźlica jamy ustnej nieraz bywa

przeoczona. Lecz trzeba wziąć pod uwagę to, że owrzodzenia gruźlicze jamy ustnej są zawsze bolesne i że chory zawsze sam wskazuje na nie lekarzowi, że wreszcie przy badaniu gardła trudno przeoczyć zakażenie jamy ustnej i przełyku; tymczasem Heller twierdzi, że na 8000 poliklinicznych chorych, poddanych badaniu gardła, przypada 5 przypadków schorzeń gruźlicznych jamy ustnej.

Większość autorów uważa za przyczynę tego szczególniejszego zjawiska to, że laseczniki gruźlicze, otoczone śluzem, jakoby bezpośrednio nie stykają się ze śluzówką jamy ustnej, lub też to, że wydzielina zbyt krótko pozostaje w jamie ustnej, tak że nie zdąży ona dojść do ścisłego zetknięcia się z tkanką. Tłumaczenia te są oczywiście bezzasadne; te same laseczniki, które jakoby do tego stopnia są otoczone śluzem, że nie są w stanie zarazić jamy ustnej, wywołują gruźlicę krtani.

Co się tyczy drugiego poglądu, to każdy, kto miał sposobność przyglądania się temu, jak kaszlą chorzy wogóle, a cierpiący na gruźlicę w szczególności, wie, że wydzielina nie przedostaje się na zewnątrz z błyskawiczną szybkością. Przy każdym ataku kaszlu chory zatrzymuje wydzielinę w ustach, odchrząkuje jednocześnie w dalszym ciągu nowe jej ilości i, zanim schyli on się do spluwaczki, ma ona czas ściśle zetknąć się ze śluzówką jamy ustnej. Następnie, jeśli w krtani istnieją odrębności co do budowy anatomicznej, usposabiające do częstszego zapadania na gruźlicę, to te same właściwości, jeśli nie w większym nawet stopniu, znajdują się w jamie ustnej i przełykowej. Wystające migdały ze swą nierówną śluzówką, jama pomiędzy policzkami a dziąsłem, pomiędzy dziąsłem a językiem, przestrzenie międzyzębowe — wszystko to całkowicie sprzyja zatrzymywaniu się na czas dłuższy w jamie ustnej materjału zakaźnego. Zdaniem autora, rzadkość schorzeń gruźliczych jamy ustnej i przełyku należy tłumaczyć z zupełnie odmiennego punktu widzenia. Dane naukowe, jakie posiadamy co do zakażenia, dowodzą, że zarazek atakuje ten organizm, który posiada mniejszą odporną siłę swoistą przeciw danemu zakażeniu. Odporność, jaką posiada surowica krwi, w tym lub innym stopniu udziela się wszystkim tkankom organizmu; lecz ścisłego związku pomiędzy odpornością ogólną, całego organizmu, a odpornością tkanek niema. Dungern'owi udało się uodpornić przednią komorę jednego oka, przytem

przednia komora drugiego oka nie została uodpornioną. Autor sam wskazał już na takie własne doświadczenia.

Doświadczenia te dowodzą, że w organizmie, wogóle bardzo skłonnym do pewnego rodzaju zakażenia, możliwem jest uodpornienie pewnej pojedynczej tkanki w wysokim stopniu i uczynienie jej nieprzystępną dla tego właśnie rodzaju zakażenia.

Co do *gruźlicy*, to jama ustna i przełykowa odnośnie do niej znajdują się w wyjątkowo pomyślnych warunkach już od najwcześniejszego wieku dziecięcego; skoro tylko dziecko przechodzi od piersi do sztucznego karmienia, śluzówka jamy ustnej zaraz wchodzi w mniejszym lub większym stopniu w styczność z martwym lub żywym materjałem gruźliczym, wprowadzanym wraz z mlekiem, mięsem i t. p.

Ten ciągły kontakt, trwający długie lata, musi bezwarunkowo znacznie powiększać odporność tkanek śluzówki jamy ustnej i przełykowej na laseczniki gruźliczy. Potwierdza to do pewnego stopnia stosunek śluzówki jamy ustnej do tuberkuliny. U chorych gruźliczych śluzówka powieki reaguje już na rozczyn $^1/_2$—$1^0/_0$ tuberkuliny, gdy tymczasem na śluzówce jamy ustnej nie można wywołać reakcji nawet czystą, nierozrzedzoną tuberkuliną.

Że odporność ta nie jest wrodzoną, widać z tego, iż u dzieci, nie mających nawet gruźlicy płucnej, przy sekcji znajdowane są pryszczyki na śluzówce migdałów daleko częściej, aniżeli u osób dorosłych. Orth znajdował je często przy sekcji dzieci zmarłych na błonicę. Takie pierwotne zakażenia w wieku dziecięcym mają miejsce oczywiście wtedy, kiedy śluzówka wchodzi w zetknięcie z bardzo zjadliwem zakażeniem, nie będąc jeszcze dostatecznie uodpornioną, lub też kiedy odporność tkanek chwilowo jest osłabiona przez przypadkowe zakażenie. U dorosłego człowieka zaś uodpornienie jamy ustnej, dzięki materjałom pokarmowym, dochodzi do takiego stopnia, że pierwotna gruźlica śluzówki jamy ustnej staje się podług Birch-Hirschfeld'a nadzwyczajną osobliwością.

Autorzy, którzy opisują przypadki gruźlicy jamy ustnej (wogóle w literaturze niewiele ich opisano), zwracają uwagę więcej na opis samego zakażenia, nie przytaczając ogólnego obrazu choroby oraz powodów, które wywołały w danym przypadku zakażenie jamy ustnej. Autor obserwował *dziewięć* przypadków gruźliczego zakażenia jamy ustnej (w tej liczbie jeden przypadek zakażenia przełyku). Szczegól-

ny przebieg i obraz kliniczny tych przypadków skłoniły go do zastanowienia się nad bezpośredniemi przyczynami powstawania gruźliczych schorzeń jamy ustnej i znaczeniem ich w prognostyce.

Jak wiadomo, w większości przypadków gruźlica jamy ustnej, daje się spostrzegać u chorych na gruźlicę płucną o daleko posuniętym już przebiegu. Z liczby 9 przypadków autora 7 chorych właśnie należało do t. zw. beznadziejnych—w trzecim okresie cierpienia płuc ze znacznem wycieńczeniem i zaburzeniami; w dwóch zaś przypadkach wrzody gruźlicze (jeden w przełyku, drugi—na śluzówce policzka) obserwował on u chorych z nieznacznem zajęciem płuc i dość dobrym stanem ogólnym. Losy tych chorych są dość pouczające.

W jednym przypadku chory nie przypuszczał, ażeby mógł mieć cierpienie płucne i był przekonany o zupełnem swem zdrowiu; naraz uczuł ból przy łykaniu. Opiekujący się nim lekarz skierował go do autora, ażeby zbadać stan płuc. Okazało się niezmierne przytępienie nad jedną z łopatek, zmieniony oddech i rzężenie; t⁰ wahała się pomiędzy 37 a 38. Chory odesłany został do sanatorjum, skąd wyszedł po to tylko, ażeby w 6 miesięcy od czasu powstania wrzodu umrzeć. Swoistej kuracji nie przechodził.

Drugi przypadek dotyczy chorego, który rok przedtem już pluł krwią, przyczem lekarze skonstatowali gruźlicę obydwóch wierzchołków. Przez cały rok chory czuł się znośnie, nie gorączkował, nie tracił na wadze i wogóle nie spostrzegał swej choroby. Dopiero na miesiąc przed zwróceniem się do autora zaczął mocniej pluć krwią i gorączkować. Po zbadaniu stwierdzono gruźlicę na punkcie pomiędzy I a II okresem; kompensacja upośledzona (t⁰ 37—37,9). Chory zwrócił autorowi uwagę na to, że przed 2 tygodniami zaczął uczuwać ból w ustach. Na śluzówce policzka była mała ranka formy podłużnej, o nierównych brzegach i dnie sadłowatem; na tylnym brzegu wrzodu zauważono jakby wysepkę z kilku gruczołków. Później miejsce to również uległo owrzodzeniu, i uformowały się dwa wrzodziki, oddzielone od siebie mostkiem ze zdrowej śluzówki. Chory ten, który nie miał możności poddać się swoistemu leczeniu w mieście, również odesłany został do sanatorjum, w którem przebywał 3 miesiące. Wrzodziki, podług jego opowiadania, smarowano kwasem mlecznym, a po 3 tygodniach zagoiły się. Stan ogólny tego chorego przez czas pobytu

w sanatorjum nie polepszył się. Chory wyjechał na prowincję, będąc w stanie blizkim *exitus letalis*.

A zatem, jeżeli wnioskować z przypadków autora, schorzenia gruźlicze jamy ustnej lub przełyku zawsze idą w parze z niepomyślnym przebiegiem gruźlicy. Jednakże klinicyści zapatrują się pesymistycznie na przypadki schorzeń gruźliczych jamy ustnej. Lecz poglądy te opierają na tem, że schorzenia takie zdarzają się tylko u chorych z wysoko posuniętą gruźlicą.

Wspomniane 2 przypadki o nieznacznem zajęciu płuc, lecz z zaburzeniami w kompensacji, dowodzą, że cierpienia *gruźlicze śluzówki jamy ustnej nawet przy nieznacznem uszkodzeniu płuc i kwitnącym ogólnym stanie stanowią objaw złowrogi.*

I to jest bardzo zrozumiałe z punktu widzenia odporności tkanek. Jeżeli śluzówka jamy ustnej jest najwięcej obronnem przeciwko gruźlicy miejscem, zakażenie jej świadczy o ostrym upadku odporności w całym organizmie. Rzeczywiście, ani razu autor nie obserwował (wydaje mu się to teoretycznie nieprawdopodobnem) powstawania owrzodzenia gruźliczego w jamie ustnej lub przełykowej w razie zupełnej kompensacji gruźlicy. W literaturze znalazł on tylko *jeden* przypadek gruźlicy jamy ustnej; chora wyzdrowiała. Nietylko wrzodziki w ustach zagoiły się, lecz i objawy płucne klinicznie zdawały się wyleczonymi. W tym przypadku, rozumie się, wyobrazić sobie można, że znaczny upadek odporności, który spowodował osłabienie odporności tkanek jamy ustnej i powstanie owrzodzeń gruźliczych, wznowił się, lub że nabyta odporność śluzówki jamy ustnej przypadkowo była nieznaczna. Z drugiej strony—w literaturze autor znalazł opisy kilku przypadków, w których wrzody gruźlicze zagoiły się, lecz chorzy w krótkim czasie zmarli.

Na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Moskwie (w r. 1897) podczas obrad nad leczeniem tuberkuliną dr. Jawein wzmiankował o przypadku, w którym bardzo wygodnie dało się obserwować działanie tuberkuliny, gdyż chory miał wrzód gruźliczy w jamie ustnej. Przypadek ten, podług relacji Jaweina, miał przebieg niezwykle niepomyślny, co przypisuje on oddziaływaniu tuberkuliny. W danym przypadku, zdaniem autora, niepomyślny przebieg był już przewidziany przez samą obecność wrzodu gruźliczego w ustach. Autor zaznacza, że zatrzymał się nad sprawą gruźlicy jamy ustnej nie w tym

celu, ażeby wzbogacić kazuistykę kilkoma spostrzeżonymi przez się przypadkami, lecz, ażeby zwrócić uwagę na dwa pytania: *dlaczego gruźlica jamy ustnej nadspodziewanie rzadko spotyka się i jakie jest prognostyczne znaczenie tego cierpienia?*

Odpowiedź na te pytania streszcza on w następujących zdaniach:

1) śluzówka jamy ustnej posiada wyjątkowo znaczną odporność na laseczník gruźliczy, dzięki temu, iż od najwcześniejszego dziecięctwa znajduje się w zetknięciu z materjałem gruźliczym, wprowadzanym wraz z pokarmem;

2) gruźlica jamy ustnej świadczy o wybitnem upośledzeniu odporności tkanek, co zawsze jest w związku z ogólnem obniżeniem odporności całego organizmu w stosunku do gruźlicy;

3) wobec tego, każde cierpienie gruźlicze jamy ustnej, nawet ustępujące pod działaniem leczenia swoistego i obserwowane u ludzi z dobrym stanem ogólnym i nieznacznymi objawami płucnymi, czyni prognozę niepomyślną. *K.*

27). Nenner. Wpływ utraty zębów na zdatność do służby wojskowej. (Münchener Medizinische Wochenschrift № 2. Deutsche Z-che Zeitung № 45, r. z.).

Autor poddaje krytyce dwa paragrafy ustawy o zaliczeniu do służby wojskowej, dotyczące niezdatności wskutek utraty pojedynczych zębów. Podaje on wyniki badań pod względem wagi ciała, które wykonał u szeregowców z brakującymi trzonowcami w porównaniu z przeciętną normą. Badania wykazały, że żołnierze z gorszem uzębieniem na służbie poprawiają się; wreszcie ci, którym brak sześciu lub więcej par trzonowców, znowu zbliżają się do przeciętnych. Uzasadnia on to tem, że rekrut wiejski w domu odżywia się mniej mięsem, więcej zaś potrawami roślinnemi, które przy niedostatecznem uzębieniu gorzej są zużytkowane. Ponieważ jako żołnierz człowiek ze złym stanem zębów otrzymuje codziennie mięso, które nawet źle żujący może lepiej zużytkować, nic dziwnego, że organizm jego się poprawia. Zapatrywania swe autor ujmuje w następujące tezy:

1. zdatność nie jest zmniejszona wskutek utraty lub schorzenia pojedynczych zębów, bez uszczerbku dla żucia i mocy;

2. za warunkową zdatność należy przyjąć utratę lub różne

schorzenia trzech lub więcej stojących obok siebie siekaczy lub kłów, jeżeli jest to z uszczerbkiem dla wyrazistości mowy;

3. zdatność do pospolitego ruszenia i niezdolność do służby frontowej zależna jest od utraty dwóch lub trzech par trzonowców przy złym stanie przednich zębów lub utracie trzonowców mniej, niż 2 par przy dobrym stanie zębów przednich;

4. czasowo niezdatnym czyni utrata mniej, niż 2 par trzonowców przy złym stanie przednich zębów.

Autor uważa, że pielęgnowanie zębów w wojsku zyska na tem, jeżeli szeregowcy z zębami nie do uratowania zostaną całkowicie wysortowani. Nakład czasu i pieniędzy, którego tacy wymagają, może być z większą korzyścią obrócony na doprowadzenie do porządku uzębień, nadających się do zachowania. *Z. F.*

28. Dr. Reichert. Zwężenia nosa a zęby. (Deut. Zahnärztl. Wochenschrift 4 r. u.

Jeżeli, przerzucając podręczniki specjalnej chirurgji, zapragniemy przestudjować przyczyny chronicznego zwężenia nosa, spotykamy się z tym godnym podziwu faktem, że nigdzie ani jednem słowem nie wspomina się *o zębach*, wywierających ogromny wpływ na rozwój organów oddechowych—nosa, płuc, a stąd i serca. Do dziś dnia jeszcze nie oceniono dostatecznie poważnych w tym kierunku prac Angle'a. Te ostatnie jednakowoż mogą wywołać kompletny przewrót w dziedzinie terapji chorób dróg oddechowych. Podręczniki specjalnej chirurgji wskazują jako przyczyny zwężenia nosa chroniczny katar nosa, polipy, powiększenie gruczołów migdałowych, skrzywienia przegrody nosowej. Lecz ani jednego słowa nie mówi się *o zboczeniach łuku zębowego*, które w olbrzymiej większości przypadków dają największy procent zwężeń; nie wspomina się też o zbyt wczesnem usuwaniu mlecznych zębów, a także stałych w okresie rozwoju szczęk. A tymczasem jakież to zeszpecenie szczęk może wywołać nawet jedno, zbyt wcześnie wykonane, wyjęcie zęba.

Ze zboczeń w układzie zębów na pierwszym planie należy postawić te, które ukazują się jako skutek bocznego ściśnienia wyrostków zębodołowych, następnie te zboczenia, przy których pierwsze i drugie dwuguzkowce położone są ze strony językowej normalnej linji zwarcia, dalej wszystkie te, prawie bez wyjątku, przypadki, w których łuk szczęki dolnej położony jest w stosunku do górnej

więcej odśrodkowo, przy jednoczesnem wysadzeniu naprzód górnych siekaczy. Przy wszystkich tych zboczeniach położenia zębów decydującym momentem dla rozwoju zwężenia nosa jest opóźniony rozwój *processi palatini ossis maxillaris i partis horisontalis ossis palatini.* Jako skutek tego, że przy niektórych zboczeniach trzonowce a przedewszystkiem I i II dwuguzkowce pochylone są ku językowi od linji zwarcia, wynika zwężenie poprzecznika sklepienia podniebiennego, a stąd i podstawy jamy nosowej. I przy mniejszem lub większem zwężeniu poprzecznika podniebienia następuje mniejsze lub większe zwężenie nosa.

Objawy, które występują przy tych zboczeniach układu zębów, połączonych ze zwężeniem nosa i wykluczeniem oddychania przez nos, są następujące. W tych przypadkach, gdy drożność nosa nie uległa szczególnym zmianom, zaburzenia w oddychaniu występują tylko przy leżącem położeniu (podczas snu). Osoby tej kategorji śpią z otwartemi ustami; w znacznie posuniętych przypadkach osoby te i podczas dnia trzymają usta otwarte. Wskutek stałego otwarcia ust wyraz twarzy zmienia się znacznie; twarz jest mało myśląca; sen jest niespokojny; towarzyszy mu chrapanie.

Dalsze zmiany i przytem nader szkodliwe dla pacjentów pochodzą stąd, że organ nosowy nie jest w stanie spełniać swojej normalnej funkcji podczas oddychania; wciągane powietrze nie ogrzewa się, nie zwilża i nie oczyszcza z kurzu i bakterji. Wskutek tego powstają choroby krtani, przełyku, tchawicy i t. p. U ludzi, którzy ze względu na swe zajęcie (mówców, artystów, śpiewaków) zbyt wiele używają swego organu mowy, znajdujemy osłabienie resonansu, wymowę nosową, mowę gardłową, jak przy katarze, utratę modulacji dźwięków, chroniczną chrypkę a nawet utratę głosu. I jeżeli przytem ma się do czynienia z organizmem osłabionym, czy to wskutek częstych zaziębień, czy też nadmiernego wytężenia sił, powstaje możliwość zapadania na ciężkie choroby zapalne płuc.

Podczas jedzenia i picia szczególnie występuje na jaw wązkość przewodów nosowych, przyczem pacjent często zatrzymuje się, ażeby odetchnąć pełną piersią; pokarm mniej się przeżuwa i niedostatecznie miesza się ze śliną; stąd powstaje usposobienie do chorób żołądkowych. Przy ciągłem oddychaniu przez usta oddech staje się bardziej powierzchownym, wskutek czego mogą nastąpić wybitne zmiany klatki

piersiowej, niedostateczna funkcja płuc a nawet częściowa niedodma *(atelectasis)* ostatnich. Przy wyraźnie słabem rozszerzaniu się płuc może nastąpić niedostateczny rozwój serca, skłonność jego do pewnych wad, możliwość powstawania astmy i t. p. Przy oddychaniu powierzchownem krew niedostatecznie ulega utlenianiu, skutkiem czego mogą nastąpić niedokrwistość oraz zaburzenia nerwowe; u dzieci występuje strach nocny U ostatnich można także zauważyć osłabienie rozwoju umysłowego, szybkie znużenie, niemożność skupienia uwagi przez czas dłuższy na pewnych przedmiotach.

Leczenie powinno polegać na usunięciu przeszkód do prawidłowego oddychania; ponieważ zaś przyczyną ostatniego bywa w przeważającej liczbie przypadków nienormalny układ zębów, zatem leczenie powinno polegać na regulowaniu zębów. *K.*

BIBLJOGRAFJA.

Dr. W. Knappe **Działalność hygieniczno-lekarska w szkole ludowej, utrzymywanej z funduszów Korola Rosego w Warszawie w r. 1908/9 i 1909/10.** *Warszawa. 1910*; str. 39.

Jako odbitka ze „Zdrowia" wyszła niedawno książeczka lekarza szkolnego dr. W. Knappe'go pod powyższym tytułem. Praca ta jest ciekawą dla dentystów nietylko ze względu na materjał statystyczny, dotyczący stanu zębów, lecz głównie jako przykład, niezbicie dowodzący, co zdziałać można dla hygieny jamy ustnej, jeżeli kierownik szkoły należycie ocenia jej znaczenie dla zdrowia dziecka. Autor, uważając, że jednem z najważniejszych zadań hygieny szkolnej jest walka z próchnicą zębów, opiekę nad uzębieniem powierzonej jego pieczy dzieci zorganizował w ten sposób, iż oprócz badania zębów szkoła wzięła na siebie obowiązek leczenia zębów, kupując dla dzieci bilety i odsyłając je do Instytutu im. Lenvala. Gdy w roku 1908/9 z 500 biletów skorzystało tylko 300 dzieci, w r. 1909/10 r. dzięki wzmożonej opiece i pomocy nauczycielek wszystkim dzieciom w liczbie 75 wyleczono zęby zupełnie. Nie na tem jednak jeszcze ogranicza się dbałość kierownika szkolnego o zęby dzieci. Szkoła, wiedząc jak trudno wpajać w dziecko zasady czystości ust, korzysta z każdej sposobności, by zaszczepiać zwyczaj czyszczenia zębów szczotką 2 razy dziennie. W tym celu w regulaminie, ułożonym przez kierowniczkę pedagogiczną szkoły, pannę J. Szebeko, jeden

z paragrafów (§ 12) brzmi: „*Szkoła ponosi koszt leczenia zębów wszystkich dzieci, ale wymaga, ażeby dzieci bezwarunkowo stosowały się do żądań lekarza i dentysty i żeby rodzice ich pod tym względem je dozorowali*“. Na konferencjach rodzicielskich (które nota bene też są liczniejsze, niż w naszych szkołach średnich i na które np. na 172 zaproszeń zgłosiło się 109 osób czyli 60°/₀), szkoła poucza rodziców o konieczności czyszczenia zębów zrana i wieczorem, jak również plombowania zębów, nawet mlecznych. Lecz najbardziej sympatycznym jest czyn, którym żadna szkoła u nas dotychczas pochwalić się nie może, a nawet towarzystwa, mające za zadanie szerzenie zasad czystości, jak np. Towarzystwo Hygieny imienia Prusa, a mianowicie szkoła wydaje *każdemu* dziecku szczotkę do zębów.

Widać z tego, że dr-owi Knappe'mu w przeprowadzeniu zasad hygieny nikt i nic nie przeszkadza, nie tak, jak w T. Hyg im. Prusa, gdzie panie członkinie przeciwko dawaniu szczotki każdemu dziecku oponują (?), podobno nawet „z przyczyn umotywowanych“.

Praca d-ra Knappe'go ze względu na zawarty w niej materjał, zasługuje na uwagę. *H. Kon-Felblumowa.*

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich.** Nowowybrany zarząd, w celu zachęcenia kolegów do gremjalnego zapisywania się na członków kasy, w tych dniach rozesłał odezwę do wszystkich specjalistów w Królestwie w liczbie 489 (w Warszawie 341, na prowincji — 148), których adresy są wiadome. Odezwa brzmi: „Utworzenie kasy wzajemnej pomocy dla przedstawicieli zawodu dentystycznego wydawało nam się nieodzownym warunkiem jego rozwoju i potrzebą chwili, która jest odpowiednią do rozwinięcia poczucia koleżeńskiego oraz ściślejszego zespolenia członków naszej korporacji.

Przytem materjalna pomoc kolegom, będącym w potrzebie, otarcie łez wdowom i sierotom po zmarłych kolegach jest naszym obywatelskim obowiązkiem, którego spełnienie, oparte na samopomocy, zrodzi w nas samych poczucie siły i pewności, jaką daje solidarność oraz uczucie spełnionego czynu.

Nie wątpimy, że wszyscy koledzy bez wyjątku zechcą przyło-

żyć rękę do stworzenia i podtrzymywania tak pożytecznej instytucji, zapisując się gremjalnie na członków kasy".

Wszelkich informacji udziela zarząd w *środy* w godzinach wieczornych od $8^{1}/_{2}$—10 w lokalu Kasy, Książęca 6. Listy adresować: Warszawa, Książęca 6.

= **XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.** Komitet gospodarczy XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości ogólny program XI Zjazdu, który się odbędzie w dniach 18—22 lipca b. r.

Dnia 18 lipca, wtorek, o godz. 9 wieczorem swobodne zebranie towarzyskie w salach „Grand Hotelu" celem wzajemnego poznania się.

Dnia 19 lipca, środa, o godz. 9 rano uroczyste otwarcie XI Zjazdu w salach Starego teatru; powitanie przybyłych; odczyt inauguracyjny prof. dra E. Romera „O krajobrazie". — Po południu posiedzenia sekcji.

Dnia 20 lipca, czwartek, rano i po południu posiedzenia sekcji; o godz. 5 po południu zwiedzanie miasta.

Dnia 21 lipca, piątek, rano i po południu posiedzenia sekcji; o godz. 5 po południu zwiedzanie miasta.

Dnia 22 lipca, sobota, o godz. 9 rano uroczyste zamknięcie XI Zjazdu w salach Starego teatru, odczyt dra H. Święcickiego z Poznania z zakresu nauk lekarskich. Po południu zjazd do Wieliczki.

Po ukończeniu XI Zjazdu odbędzie się wycieczka balneologiczna do uzdrojowisk galicyjskich oraz wycieczka geologiczna wzdłuż Raby i Dunajca do Tatr.

W r. b. przypada 50-letni jubileusz „Przeglądu Lekarskiego" w Krakowie, najstarszego pisma lekarskiego w Polsce. Dla uczczenia pamięci tego jubileuszu odbędzie się we wtorek, 18 lipca r. b., uroczyste posiedzenie w salach Towarzystwa lekarskiego o godz. 6 wieczorem, na które to posiedzenie Tow. lekarskie uczestników XI Zjazdu najuprzejmiej zaprasza.

= **Smutne refleksje.** Czy potrzebne nam są polskie podręczniki dentystyczne? Oto smutne refleksje jakie się rodzą w naszym umyśle. Gdy swego czasu ś. p. dr. Dzierżawski rozpoczął wydanie polskiego podręcznika chorób zębów i przy dużym nakładzie pracy wydał *pierwszy* zeszyt, okazało się, że liczba „chętnych" posiadania

pierwszego w języku polskim dzieła było aż nadto nikła. Wstyd tu doprawdy wymienić liczbę tych ostatnich, których, jak nam wówczas zakomunikował dr. Dz., było zaledwie.... *kilku!!* Niestrudzony jednak dr. Dzierżawski nie upadał na duchu i rozpoczęte w nader trudnych warunkach dzieło zamierzał prowadzić dalej. Przedwczesna śmierć jednak, jak wiemy, stanęła na przeszkodzie, i obecnie pozostały tylko.... wspomnienia o odbytych debatach w przeróżnych komisjach i podkomisjach, pertraktacjach, propozycjach, górnolotnych uwagach krytycznych i t. d. i t. d. Słowem, sprawa podręcznika, pomimo że się znajduje w rękach już „niejednego człowieka", ugrzęzła...

Nie mówiąc o tych trudnych warunkach materjalnych, w jakich wydawany był „Przegląd Dentystyczny" i wydawane jest obecnie nasze pismo, nie mówiąc o tem szerokiem(?!) poparciu każdego u nas drukowanego słowa z dziedziny dentystyki wogóle, zdawałoby się, że liczba blizko 1000 dentystów (ze wszystkich trzech zaborów) w stanie będzie poprzeć tak małe dziełko, będące, że tak powiemy, fundamentem dentystyki polskiej, jakiem jest „Polskie Słownictwo Dentystyczne". Nie rościmy sobie bynajmniej żadnej pretensji do tego, aby dziełko owe było idealnie opracowane; doznało ono jednak przychylnej odezwy prasy jak również językoznawców. Nie mówiąc o kilkoletniej żmudnej pracy przy układaniu, dziełko pochłonęło wiele wydatków materjalnych, sięgających kilkuset rubli. I cóż się okazało? Dobra nadzieja pozostała... nadzieją. Na powyższą liczbę specjalistów od początku ukazania się w handlu sprzedano aż.... *trzydzieści trzy egzemplarze!!* (w ciągu prawie *ośmiu* miesięcy; do liczby tej wliczono już 10 egz. sprzedanych wśród słuchaczy szkoły dentystycznej Troppa). W celu rozpowszechnienia wydawnictwa zrobiliśmy wszystko, co można było. Rozesłaliśmy blizko 600 zawiadomień, a skutek był taki, że zażądano *jednego* egzemplarza. Nadmienić należy, że zawiadomienia rozesłaliśmy tylko do dentystów-polaków.

Wszak nie należy przypuszczać, aby *cena* książki stanęła na przeszkodzie. Każdy, kto ma jakie takie pojęcie o wydawnictwach, wie doskonale, że przy ograniczonej liczbie egzemplarzy cena każdego musi być nieco podniesiona. Na żaden dochód nie liczyliśmy; cenę więc podano taką, aby związać koniec z końcem, t. j. aby pokryć nakład kilkusetrublowy. I cóż się okazało? Koledzy poczuwali się do obowiązku popierania i... popierają...

Wobec poprzedniego smutnego doświadczenia, jak również obecnego, zachodzi pytanie: *„czy dentystom polskim potrzebne są polskie prace dentystyczne?*

= **Z Towarzystwa Odontologicznego.** W dniu 6. IV r. b. odbyło się doroczne zebranie członków. Z odczytanego przez sekretarza sprawozdania za r. ub. wynika, że Tow. Odontologiczne posiada obecnie 56 członków. W r. z. Tow. miało wpływu 570 rbl. Kapitał specjalny na cele wydawnicze wynosi obecnie 561 rbl. W roku sprawozdawczym zwołano ogółem 7 posiedzeń, na których wygłoszono 4 referaty. Reprezentowano Tow. na dwóch wystawach hygienicznych: miejscowej „Czystość to zdrowie“ i „Przeciwgruźliczej“ w Częstochowie.

Proponowany przez dotychczasowy zarząd preliminarz budżetowy na rok bież. przyjęto; przewiduje on wydatki i wpływy Towarz. w ogólnej sumie 683 rbl. Wybory dały wynik następujący: do zarządu wybrano: na prezesa — L. Przedpełskiego, na wiceprezesa — J. K. Draca, na sekretarza—Al. Frejdkina, na skarbnika—A. Motza i na bibljotekarza — N. Neufelda. Do komisji rewizyjnej powołano: I. Mroczkowskiego, R. Pawłoskiego i J. Gutowskiego; do komisji balotującej: L. Schellera, H. Kleina, S. Bliklego i L. Goldberga; do sądu koleżeńskiego przy Tow. weszli: J. Gutowski, A. Motz, A. Kasprowicz i E. Słoński.

Zgodnie z postanowieniem sądu koleżeńskiego i § 14 Ustawy T-wa uchwalono wykluczyć z listy członków T-wa jednego członka.

Przez aklamację wybrano kol. Władysława Zielińskiego na *członka honorowego* T-wa.

Kol. Zieliński należy do przedstawicieli najstarszej generacji dentystów polskich. Praktykę rozpoczął w r. 1871. W okresie, w którym dentystyka polska stała jeszcze na nizkim poziomie rozwoju, kol. Zieliński przeszczepiał na nasz grunt to, czem wzbogacała się specjalność ta na Zachodzie. Interesując się postępami na polu naszej specjalności, kol. Z. przyjmował udział na wszystkich prawie zjazdach dentystycznych i lekarskich. Pomimo rozległej praktyki, kolega Zieliński dosyć dużo pracował na polu naukowem. Od początku swej karjery zawodowej znany był jako popularyzator dentystyki i własnym nakładem wydawał odnośne broszurki dla szerszych mas ludu.

Gdy przed 13 laty ukazał się pierwszy zeszyt pierwszego pol-

skiego organu zawodowego, „Przeglądu Dentystycznego,“ kol. Zieliński zajął wybitne miejsce w tej skromnej garstce współpracowników, jaka pismo to popierała. Prace więc jego oraz referaty widzimy bardzo często w zeszytach „Przeglądu“.

I nasze pismo zawdzięcza kol. Zielińskiemu, jako stałemu współpracowntkowi, wiele referatów i prac z różnych dziedzin dentystyki.

Kol. Zieliński jest jednym z członków-założycieli naszego T-wa Odontologicznego i Kasy wzajemnej pomocy odontologów polskich oraz organizatorem sekcji dentystycznej na odbywających się od szeregu lat zjazdach lekarzy i przyrodników polskich (w Krakowie i Lwowie). Pod tym względem zasługa kol. Zielińskiego jest wielka, gdyż dentystyce polskiej na zjazdach nadał on, że tak powiemy, właściwy charakter naukowy w szeregu innych polskich nauk lekarskich.

Gdy na początku roku 1881 ogłoszono w pismach lekarskich a następnie i warszawskich nielekarskich codziennych o III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, mającym się odbyć w Krakowie, dowiedziano się, że przewodniczącym w wydziale gospodarczym przyszłego III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wybrany został prof. Janikowski, również okazało się, że w liczbie sekcji nauk lekarskich nie było sekcji dentystycznej. Kol. Zieliński zwrócił się więc wówczas z tego powodu do prof. Janikowskiego z propozycją utworzenia sekcji dentystycznej, na co otrzymał odpowiedź, że profesor nietylko nic niema przeciwko temu, lecz byłby rad z utworzenia takiej sekcji na III Zjeździe. Na skutek takiej odpowiedzi kol. Z. wysłał list do prof. Janikowskiego, podając tymczasowy projekt tematów do dyskusji (projekt kol. Zielińskiego przedrukował z pism lekarskich „Kurjer Poranny“ № 191 z dnia 12 lipca 1881 roku).

Na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich do Krakowa dentystów przyjechało zaledwie kilku, wskutek czego zamiast oddzielnej sekcji włączono dentystykę do sekcji medycyny zewnętrznej (chirurgicznej). W sekcji tej na posiedzeniu w dniu 21 lipca 1881 roku dr. Kobyliński wygłosił dwa odczyty, a mianowicie: 1) „Działanie mieszaniny gazów tlenku azotu i tlenu na organizm“; 2) „Konserwatywne postępowanie przy periodontitis chronica; jaka plomba w takich razach jest najwłaściwsza?“ W dniu 24 lipca 1881 r. kol. Władysław Zieliński demonstrował: 1) Aparaty z kauczuku wulkanizowanego przy złamaniach żuchwy i po jej rezekcji; 2) Obturator z zęba-

mi sztucznymi dla szczęki dolnej, zastępujący w zupełności brak wyciętej szczęki; 3) Aparat przy złamaniach zastarzałych. (Aparaty te po demontracji kol. Z. podarował na użytek studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Obolińskiemu i Goeblowi z Krakowa.

Na następnych zjazdach nazwisko kol. Zielińskiego jest dobrze znane, i pamiętne są owe zebrania u kol. Zielińskiego, na których on gorąco zachęcał kolegów do gremjalnego zgłaszania się na owe zjazdy.

Kolega Zieliński ogłosił drukiem następujące prace: 1) „Krótki rys hygieny zębów". Broszura. R. 1874. 2) Dysmenorrhoea geheilt durch Zahnextraction (Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. R. 1875). 3) Zastąpienie obturatorem wrodzonego braku podniebienia. (Gazeta Lekarska. R. 1879). 4) O czyszczeniu zębów i pielęgnowaniu jamy ustnej. Praca popularno-naukowa. „Dziennik dla wszystkich". 5) O bólu zębów (praca popularno-naukowa. R. 1888. „Dziennik dla wszystkich". 6) O przyczynach, wywołujących choroby zębów i dziąseł. Broszura. R. 1888. 7) O. t. zw. zatruwaniu zębów (praca popularno-naukowa. 1890. Kalendarz dla wszystkich. 8) Hygiena jamy ustnej (praca pop.-naukowa. 1895. Kalendarz dla wszystkich. 9) O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. 1899—1900. Przegl. Dentystyczny. 10) O protetycznem leczeniu braków podniebienia. 1901. 11) Kilka słów z historji zębów sztucznych. 1902. *Ibid.* 12). Metale, używane w dentystyce. 1903. *Ibid.* 13) O wybuchu wulkanizatora. 1903. *Ibid.* 14) O pielęgnowaniu zębów i jamy ustnej. 1903. Broszura. 15) O trudnem wyrzynaniu się zęba mądrości. 1904. Przegl. Dentystyczny. 16) Złoto w dentystyce. 1905. *Ibid.* 17) Zapalenie okostnej szczęki dolnej z utworzeniem się ropnia przy zębach z żywą miazgą. 1907. Kronika Dentystyczna. 18) Złoto w dentystyce. 1907. *Ibid.* 19) O zastosowaniu szyn przy złamaniu szczęk. 1908. *Ibid.*

Za zasługi więc, położone na polu naszej specjalności, Warsz. T-wo Odontologiczne wybrało kol. Zielińskiego na członka honorowego.

= **Odczyty z dziedziny dentjatrji w szkole dentystycznej** Troppa zaprowadzono dla słuchaczy i słuchaczek. W dniu 25/III r. b. odczyt p. t. „Arszenik oraz znieczulanie naciskowe w terapji zapalenia miazgi" dla słuchaczy IV semestru wobec wypełnionego audytorjum wygłosił asystent wspomnianej szkoły kol. Nirenberg. Referent na wstępie rozpatrzył *pulpitis* z każdego punktu widzenia, przytoczył klasyfikację jego podług różnych autorów i nowe wyniki badań

zmian anatomo-patologicznych, rozpatrzył dawne i nowsze sposoby leczenia i zatrzymał się szczególnie na działaniu arszeniku i zastosowaniu metody znieczulająco-naciskowej uśmiercania miazgi; omówił dodatne i ujemne strony jednego i drugiego sposobu, zmiany, powstające w miazdze przy jednej i drugiej metodzie.

Referent, jako zwolennik sposobu naciskowego, często stosuje go w klinicznej praktyce szkolnej z dobrym wynikiem.

= **Liczba nowopromowanych lekarzy-dentystow** w r. b. przy uniwersytecie warszawskim wynosi 180; są to uczniowie tutejszych i łódzkiej szkół dentystycznych. Przeważały kobiety.

= **Charakterystyczny objaw.** Najmłodszą, bo tylko co upieczoną generację przedstawicieli naszego zawodu, ogarnęła jakaś sui generis fobia; obawiają się oni, mianowicie, wyrazu... *dentysta.* Tak jest! Otóż zawsze gościnna „Nowa Gazeta" pompatycznie obwieszcza miastu naszemu, że „L. Chmielewski przy warsz. uniwersytecie uzyskał stopień *lekarza-odontologa,* „że H. Rozenkrantz otrzymał tytuł *lekarza-odontologa,*" że „N. Malinger złożył egzamin na *lekarza-odontologa*" i t. d..

Osoby te—są to uczniowie szkoły dentystycznej, którzy zaledwie zdążyli złożyć egzamina przy uniwersytecie i, widocznie, cierpiąc na megalomanję (sic!!), pną się tak wysoko, że zmuszeni byli stworzyć jakiś non plus ultra cudaczny tytuł, którego dotychczas jeszcze nie znaliśmy. Cel wiadomy: uchodzić nie za takich *jakimi są,* a być czemś lepszem, wyższem, niż my, zwykli śmiertelnicy.

Tytuł taki „specjaliści" ci uroili sobie w swej bujnej fantazji, pragnąc bezsprzecznie już na początku swej karjery zawodowej. (przyznajcie się, panowie) nieco.... zablagować; zwiastują oni *nowy* rodzaj specjalistów, który przewyższaćby miał *wszystkie* dotychczasowe... Lecz, panowie, nie tędy droga do szerokiej praktyki, Wszelkie wybryki blagierskie Warszawa zna już doskonale. Nie tytuł, a wiedza i znajomość rzeczy! Nie wstydźcie się... „*dentysty*"; znając wasz zasób wiedzy specjalnej, zapewniamy was, że nie u jednego *dentysty* dużo a dużo nauczyć się możecie.... Mniej blagi, mniej fantazji, mniej różnych urojonych wybryków, a więcej zastanowienia się, a przedewszystkiem.... *nie ubierajcie się, panowie, w rzekome pawie piórka.*

= **Zmarł** dnia 29/I r. b. w Lyonie w wieku lat 68 dr. **Claude**

Martin, znany wszschświatowy specjalista, dentysta „Hôtel Dieu“ w Lyonie (od r. 1874), szkoły urządzeń militarno-sanitarnych, rycerz legji honorowej, członek-korespondent Akademji Medycznej, prezes honorowy zjednoczonych dentystów w Ronie, wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego w Lyonie i t. d. Dzięki wysokiej wiedzy i bystremu umysłowi i nieustającej pracy, Claude Martin zajął widoczne miejsce nietylko wśród dentystów francuskich, lecz specjalistów całego świata.

Od administracji.

W celu uniknięcia przerwy w wysyłaniu „Kroniki“, uprzejmie prosimy o uregulowanie przedpłaty za bieżące półrocze.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.